Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok II. Styczeń 1930 Nr 1.

Pielęgniarka Polska Nr 1

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr 1

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

KRAKÓW, UL. ŚW. KRZYŻA L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Pojedyńczy num. 1 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Rok II. Styczeń 1930 Nr. 1.

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI CO MIESIĄC POD KIERUNKIEM HANNY CHRZANOWSKIEJ, JADWIGI SUFFCZYŃSKIEJ I WANDY LANKAJTESÓWNY.

Ś. p. Prof. Dr. Aleksander Rosner

Prof. U. J. i Dyrektor Kliniki Ginekologiczno-Położniczej w Krakowie, zmarły nagle na Zjeździe lekarskim w Krynicy dnia 6 stycznia 1930 r., pozostawia po sobie trwałe miejsce nietylko w szerokich kołach uczonych i lekarzy, lecz również w historji rozwijającego się pielęgniarstwa polskiego.

Odegrał czynną rolę przy powstawaniu Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek w Krakowie, służąc radą i pomocą w pracach organizacyjnych, nie szczędząc Swego czasu i trudu jako Prezes Komitetu budowy, a następnie prawie nieprzerwanie Prezes Wydziału Wykonawczego Szkoły.

Prof. Rosner był nietylko oficjalnym przedstawicielem Szkoły, lecz prawdziwym przyjacielem, wchodzącym w codzienne jej życie, dzielącym z nią troski, kłopoty i chwile radosne. Interesował się żywo pielęgniarstwem, a rozumiejąc i oceniając tę pracę we wszystkich jej dziedzinach, umiał w swobodnej rozmowie zbliżać się do pielęgniarek, poruszając tematy zawodowe, rozszerzające horyzonty ich wiedzy. O ile pozwalały na to Jego liczne zajęcia, przybywał chętnie do Szkoły, zawsze radośnie witany.

Ś. p. Profesora Rosnera, cechowała niezwykła dobroć i szerokie zrozumienie nietylko fizycznych, ale i moralnych cierpień. Wnikał On we wszystkie potrzeby swych chorych i niósł im zawsze wydatną pomoc, nietylko wysokim rozumem i nauką, ale subtelnem odczuciem i sercem. Profesor Rosner uczynił ze swego zawodu szczytne posłannictwo i naznaczył drogę, którą iść powinni wszyscy pracujący na tej samej niwie.

To też zrozumiałe są głębokie uczucia wdzięczności i żalu jakie pozostawił po sobie wśród wszystkich Pielęgniarek, którym było dane zbliżyć się do Niego.

Opieka społeczna nad matką i dzieckiem kiłowem
u nas i zagranicą

Do niedawna, boć jeszcze przed ćwierćwieczem, zakażenie kiłowe niszczyło w łonie matek od 80—90% płodów, z pozostałych zaś 10— 20% niedobitków płodów donoszonych, połowa ginęła przed ukończeniem pierwszego roku życia zewnątrzłonowego.

O tem, że kiła przenosi się z rodziców na dzieci, wiedziano już w pierwszej połowie XVI wieku (Mathiole da Sienna, Paracelsus, Roudelet de Montpellier, Ambroise Paré), jednak obserwacje kliniczne przenoszenia kiły na potomstwo znalazły potwierdzenie bakterjologiczne dopiero na początku XX stulecia, dzięki wykryciu zarazka kiły przez Schaudin'a i Hoffman'a (1905). Obecność krętka bladego w narządach wewnętrznych płodów kiłowych była stwierdzona jeszcze w roku 1905 przez Buschke'go, Fischera i Levaditi'ego.

Doświadczenie kliniczne poucza, że im wcześniej zakażenie kiłowe nastąpi w życiu łonowem, tem wcześniej sprowadza śmierć płodu, a w przypadkach wczesnego zakażenia płodu śmierć ta nastąpić może w przeciągu 6 tygodni.

Jeśli zakażenie kiłowe płodu następuje w okresie późniejszym ciąży, wtedy płód może urodzić się żywy, lecz z objawami kiły, w przypadkach zaś zakażenia na krótko przed porodem, dziecko zrodzone może być wolne od objawów klinicznych i serologicznych kiły przez dłuższy lub krótszy okres czasu.

Losy płodów, zakażonych kiłą wrodzoną, można przedstawić w następującym schemacie:

1. kiła powstrzymuje rozwój płodu i sprowadza poronienie;
2. płód rozwija się, lecz rodzi się przedwcześnie (poród przedwczesny);
3. płód osiąga całkowity rozwój, lecz rodzi się martwy (poród martwy);
4. płód jest donoszony, dziecko rodzi się żywe, zdradza niezawodne objawy kiły i wkrótce ginie;
5. dziecko rodzi się i trwa bez objawów kiły przez szereg tygodni, miesięcy, a nawet lat; objawy kiły trzeciorzędnej występują po kilkunastu lub kilkudziesięciu latach, najczęściej w okresie dojrzewania płciowego (kiła wrodzona późna).

Aczkolwiek poronienia są dość charakterystyczne dla kiły wrodzonej płodów, to jednak w rozpoznawaniu właściwej przyczyny poronienia należy zachowywać ostrożność wobec tego, że liczba poronień kiłowych ustępuje znacznie liczbie poronień, sztucznie wywołanych. Porody przedwczesne i porody płodów martwych więcej przemawiają za kiłą wrodzoną, jako przyczyną śmierci płodu. Odsetek dzieci martwo urodzonych wynosi w Szwajcarji 15.6%, w Niemczech zaś 16.4%. Dzieci kiłowe najliczniej umierają w pierwszych miesiącach życia.

Statystyki poszczególnych autorów, ilustrujące śmiertelność płodów i niemowląt wskutek kiły wrodzonej, brzmią bardzo ponuro:

A więc Fournier obserwował na 161 przypadków ciąży kiłowych 137 przypadków śmierci płodu (85%); Coffin spostrzegał jedno dziecko donoszone i żywe na 28 ciąż matek kiłowych; Pileur na 414 ciąż kiłowych

spostrzegal 154 poronienia i porody martwe. Z liczby 260 dzieci urodzonych w ten sposób 141 zmarło wkrótce po urodzeniu (śmiertelność płodów i dzieci wynosi w jego obserwacji 71%). Durac spostrzegał 36 płodów martwych z pośród 43 ciąż kiłowych (śmiertelność 83.7%). Nonne spostrzegał na 350 ciąż kiłowych 91 poronień (26%), 10 porodów martwych (2.9%), 65 przypadków wczesnej śmierci niemowląt (18.8%), 183 dzieci pozostało żywych (52.3%), z których 35.8% było dotkniętych kiłą. Hochsinger na 266 ciąż kiłowych podaje śmiertelność 81%. Veeder przytacza 331 przypadków ciąży, z których 131 (40%) skończyło się poronieniami i płodami martwemi, 51 zaś przypadków (15%) śmiercią osesków (ogólna śmiertelność 55%). Z pozostałych dzieci dotkniętych kiła jest 116 (35%).

Zdaniem Leredde'a kiła niszczy we Francji 20,000 płodów w łonie matek, a 40.000 niemowląt w okresie pierwszych trzech lat życia.

Myśl o możliwości zapobieganiu kile wrodzonej u dzieci przez leczenie przeciwkiłowe rodziców, dotkniętych kiłą, wypowiada pierwszy Laurent Joubert de Montpellier w r. 1578, jednak myśl tę poczęto stosować w praktyce dopiero w wieku XVII, kiedy gwałtowna nawałnica gorących starć teoretyczno-dyskusyjnych nieco się uspokoiła.

Wydzial lekarski Sorbony wydał w r. 1659 urzędową aprobatę na stosowanie leczenia przeciwkiłowego u matek ciężarnych kilowych z zastrzeżeniem, by leki stosowane należały do kategorji łagodnie działających na ustrój.

Nasuwa się pytanie, czy doświadczenie trzech wieków, zdobyte w lecznictwie matek kiłowych przetworami rtęciowemi oraz od niedawna stosowanemi solami bizmutu i arsenobenzolu, potwierdza spodziewane korzyści dla dziecka, wynikające z leczenia jego matki w okresie ciąży. Współczesne metody kliniczne i serologiczne stwierdzają kiłę, jako niezawodną przyczynę śmierci płodów w łonie matek — 41% przypadków śmierci płodu, jako zaś przyczynę przypuszczalną — 17% przypadków.

O tem, że żniwo śmierci, zbierane przez kiłę wrodzoną wśród płodów i niemowląt w pierwszym roku życia, można ograniczyć w znacznym stopniu przez leczenie przeciwkilowe kiłowych matek ciężarnych, świadczy następująca statystyka Prof. Courelaire'a z Paryża:

I. Śmiertelność płodów wskutek kiły:

1. Nieleczonej:
   a) nabytej w czasie ciąży 70%
   b) „ na krótko przed ciążą 65%
   c) zadawnionej (nabytej lub wrodzonej) 20%
2. Leczonej w czasie ciąży:
   a) nabytej w czasie ciąży: 30%
   b) wczesnej 5%
   c) zadawnionej 8%
3. Leczonej przed poczęciem i w czasie ciąży:
   a) wczesnej 5%

II. Śmietrelność dzieci w pierwszym roku życia wskutek kiły:

1. matki i dzieci nieleczone 62%
2. matki leczone i dzieci nieleczone 26%

3. matki i dzieci leczone 5%
4. matki leczone przed poczęciem, w czasie ciąży, a dzieci leczone również po urodzeniu 3%

A zatem leczenie matki kiłowej przed poczęciem i w czasie ciąży może znacznie zmniejszyć niebezpieczeństwo przeniesienia kiły na dziecko.

Aczkolwiek leczenie matek kiłowych przed ciążą i w czasie ciąży chroni znaczną liczbę płodów od śmierci, to jednak płody te niezawsze przychodzą na świat wolne od objawów kiły.

Nie bacząc na postępy dzisiejszego lecznictwa przeciwkiłowego, spostrzegamy nazbyt często manifestacje późne kiły wrodzonej u dzieci, które przyszły na świat rzekomo wolne od zakażenia kiłą dzięki leczeniu matek w czasie ciąży.

Wobec powyższego, nie należy pokładać wygórowanych nadziei na leczeniu matek ciężarnych, lecz stosować pozatem leczenie systematyczne niemowląt, zrodzonych przez matki kiłowe, niezależnie od braku objawów kiły u dzieci.

Nasuwa się jednka pytanie, jak długo należy leczyć te dzieci bez objawów kiły zarówno klinicznych, jak i serologicznych, boć niestety jest rzeczą znaną ogólnie, że rozpoznanie i rokowanie w kile wrodzonej na zasadzie wyniku odczynu Bordet-Wassermanna w krwi jest bardzo zwodnicze.

Otóż rozpoznanie i leczenie kiły wrodzonej winno wspierać się na przesłankach odpowiednich wywiadów co do ewentualnej kiły u rodziców dziecka, jego starszego rodzeństwa, a w przypadkach kiły w trzeciem pokoleniu — zarówno i dziadów dziecka.

Wszystko to stwarza konieczność zapoznania się ze stanem zdrowia rodziny dziecka w linji wstępującej i linjach bocznych w kierunku schorzeń, jako skutków kiły, które wkraczają w dziedzinę psychjatrji, neurologji, okulistyki, otjatrji oraz patoligji narządów wewnętrznych.

Trudności takich wywiadów mogą być przezwyciężane li tylko w instytucjach zdrowotno-społecznych, korzystających z usług pielęgniarstwa społecznego (wywiadów domowych), oraz instytutów eugenicznych, prowadzących historję genealogiczną rodzin, zamieszkujących teren ich działalności.

Niestety, rozpoznanie kiły wrodzonej u dzieci, nie może być często poparte wywiadami domowemi lub przeglądem kartoteki genealogiczno-eugenicznej z tej prostej przyczyny, że dzieci te częstokroć należą do kategorji podrzutków oraz dzieci nieślubnych. Według Prof. Ehlersa, o ile na 100 noworodków w Kopenhadze przypada 89 ślubnych i 11 nieślubnych, to wśród dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną, jest dzieci nieślubnych 85% (Kopenhaga i Oslo), a w Sztokholmie nawet 94%. Dane Ehlersa bez obawy mogą być rozciągnięte na wszystkie kraje europejskie.

Poza okolicznością wyżej przytoczoną, zapobieganie lecznicze kile wrodzonej napotyka w praktyce trudności, związane z przerzucaniem się chorych matek i dzieci z rąk jednego lekarza do drugiego, z murów jednego szpitala do innego i t. p. Stwarza to znaczne trudności, gdyż w ten sposób przerywa się ciągłość historji choroby matki i dziecka, a zatem unicestwia się korzystanie z danych anamnestycznych, z trudem zbieranych oraz ciągłość czyli integralność leczenia.

Zaznaczyć należy z przykrością, że w żadnym z krajów t. zw. cywilizowanych, do połowy wieku XVIII nie uczyniono nic w kierunku opieki społecznej nad matką i dzieckiem kiłowem. Aczkolwiek w czasach ówczesnych istniał szereg szpitali i zakładów położniczych w większych miastach europejskich, to jednak kobiety, dotknięte zarazą weneryczną, nie miały do nich prawa wstępu. Pojedyncze głosy opinji publicznej, domagające się przyjmowania ciężarnych kiłowych do zakładów leczniczych, nie mogły przełamać oporu lekarzy szpitalnych, utrzymujących z powagą doktrynerską, że leczenie przeciwkiłowe kobiet ciężarnych jest bardzo szkodliwe dla ich zdrowia, a nawet niebezpieczne dla ich życia. Jeśli przyjmowano do zakładów leczniczych kobiety ciężarne w stanie in extremis, to lekarze i położne częstokroć odmawiali im pomocy położniczej z obawy przed przeniesieniem zarazy na inne kobiety rodzące.

I noworodkami, zrodzonemi przez matki kiłowe, nie zajmowano się lepiej w owych czasach, o czem świadczy wielka ówczesna śmiertelność wśród dzieci kiłowych. Niedobitki niemowląt kiłowych posyłano do przytułków dla podrzutków, gdzie będąc pozbawione wszelkiej niemal opieki, nietylko lekarskiej, lecz wprost ludzkiej — ginęły masowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Warunki pracy pielęgniarek na statkach Royal Mail Steam Packet Co.

Należy podkreślić z uznaniem, że placówka polskiej pielęgniarki na statkach angielskich „Royal Mail“, wożących emigrantów z Cherbourg do Ameryki Południowej, powstała z inicjatywy nie polskiej, nie Urzędu Emigracyjnego, ale z inicjatywy samejże administracji Kompanji, dla wygody i łatwiejszego porozumiewania się z emigrantami. Na statkach angielskich „Royal Mail“ już trzeci rok pracują pielęgniarki polskie, a nawet jeśli Kompanja przyjmuje zamiast Polki innej narodowości pielęgniarkę, to zawsze nazywa ją „Polish Nurse“ albo „Polish Matron“, podkreślając tem dobitnie potrzebę polskiej pracownicy.

W pierwszym roku pielęgniarka otrzymuje pensję w kwocie 8 funtów 5 sh. miesięcznie za czas przebywania na statku; w drugim roku dostaje t. zw. „bonus“, czyli podwyżkę w sumie 1 funt 5 sh., razem dostaje więc 9 f. 10 sh.

Z chwilą zejścia na ląd w Cherbourgu, pensja się urywa, umowa staje się rozwiązana. Jednakże Kompanja opłaca hotel i utrzymanie aż do czasu nowej podróży; jeśli zaś pielęgniarka chce mieszkać prywatnie, Kompanja zwraca jej koszty utrzymania w sumie 24 fr. dziennie.

Pierwszą pielęgniarką na statku była panna Izabella Czeczelówna, uczennica Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, która dotąd pracuje w „Royal Mail“. Zaczęła ona swą pracę w końcu 1926 r. w warunkach bardzo ciężkich. Mieszkała w 3-ciej klasie w ciemnej, dusznej i zapluskwionej kabinie. Jadała ze stewarelami również w 3-ciej klasie. Przykra była ciągła styczność z naszymi emigrantami, zarówno żydami jak i katolikami, — ich brak kultury, niechlujstwo, rozsiewanie wkoło siebie brudu i insektów może doprowadzić do rozpaczy.

Ale już w drugiej podróży, z inicjatywy lekarza i kapitana statku, a może także na skutek wstawiennictwa rodziny pielęgniarki u władz angielskich, przeniesiona została do 2-giej klasy, do kabiny także ciemnej, bez okna, ale z dobrą wentylacją i czystej, jadała zaś w 2-giej klasie z praczkami i tłumaczami, w godzinach innych, niż pasażerowie.

Z biegiem czasu warunki jeszcze się polepszyły; obecnie pielęgniarki jadają z pasażerami 2-kie klasy i to samo, co oni. Mają też dostęp do salonów i pokładów 2-giej klasy i mogą uczęszczać na wszystkie rozrywki dla pasażerów 2-giej klasy przeznaczone. Z rozrywek jednak korzystają niewiele, bo po pierwsze nie mają czasu, a powtóre pasażerowie niezawsze bywają uprzejmi: często hołdują utartemu przekonaniu, że pielęgniarka, to osoba towarzysko niższa od wszelkich innych pracownic.

Poprawę warunków zawdzięczają pielęgniarki przedewszystkiem samym sobie, swemu taktowi i dobremu wychowaniu; widać Anglicy się spostrzegli, że pielęgniarka zasługuje na inne traktowanie, niż praczka i pokojówka.

Obecnie pielęgniarki domagają się jeszcze corocznego miesięcznego urlopu z opłatą kosztów podróży do Polski i z powrotem. Nie jest to wymaganie wygórowane, zważywszy, że stewardzi 3-ciej klasy, Jugosłowianie, mając tę samą pensję i takież utrzymanie w Cherbourgu po trzech podróżach mają prawo udać się do domu na trzy tygodnie na koszt Kompanji.

Wobec tych praw stewardów i wobec tego, że pielęgniarka musi płacić duże napiwki kelnerom 2-giej klasy (do 3 f. w każdej podróży), podczas gdy kelnerzy napiwki tylko otrzymują, — można powiedzieć, że pielęgniarka w 1-szym roku, a nawet 2-gim roku swej pracy pobiera najniższą pensję z całego personelu.

Władze na statku odnoszą się do pielęgniarek dość życzliwie, choć z daleka. Doktorzy umieją je zwykle ocenić; ja przynajmniej natrafiłam na takich, którzy w każdej chwili byli gotowi dopomóc mi pracą, a w razie trudności albo konfliktu z pasażerami — opieką i powagą.

Prócz doktora, pielęgniarka zależy od komisarza statku, „pursera". Purser, a właściwie jego kancelarja, wypłaca pensję, daje pozwolenie na zejście na ląd; u niego koncentrują się wszystkie sprawy administracyjne.

Cały personel statku podlega pewnemu ściśle przestrzeganemu rygorowi.

Największem przestępstwem, za którego ujawnienie traci się posadę natychmiast i bezpowrotnie, jest oczywiście kontrabanda.Na tym punkcie administracja jest nieubłagana. Należy się wystrzegać tajnych ajentów różnych przedsiębiorstw, którzy starają się wyzyskać personel okrętowy, namawiają na przewożenie różnych przedmiotów z Francji do Buenos Aires.

Następnem przestępstwem, za które traci się bardzo na opinji, jest odmowa przeniesienia się z jednego statku na drugi. Zwykle pielęgniarka jeździ jednym i tym samym statkiem; często jednak z powodu urlopu, choroby albo ustąpienia koleżanki, przenoszona bywa na inny. Zdarza się nawet, że pielęgniarka, nie zdążywszy wrócić z jednej podróży, już w Lisbonie musi się przesiąść i żeglować do Ameryki z nowymi chorymi. Opieranie się, to brak dyscypliny bardzo źle widziany. A niezmiernie to przykro, mając stosunki przyjazne na jednym statku, trafić na nowy, do całkiem obcych ludzi, i na nowo wytwarzać sobie stosunki i przyjaciół.

Wśród monotonnego życia, w zbitem środowisku, każda plotka, choćby najmniej uzasadniona, roznosi się lotem błyskawicy i urasta do olbrzymich rozmiarów. Pielęgniarka musi rachować się z każdym krokiem, z każdem słowem. Wobec przeważającej liczby mężczyzn, żyjących zdala od rodzin, jest narażona na wiele przykrości — tem większych, im jest młodsza i przystojniejsza. Dlatego to administracja Kompanji woli angażować pielęgniarki, mające powyżej lat trzydziestu.

Koniecznym warunkiem pracy pielęgniarki okrętowej, jest znajomość jak największej ilości języków. Powinna mówić po angielsku, francusku, niemiecku, polsku i rosyjsku; czasem i to nie wystarcza: miałam np. pasażerów Greków i Arabów, z którymi tylko na migi mogłam się porozumieć, ale to są już wypadki pojedyńcze.

Dzień roboczy tak się mniejwięcej układa:

Pielęgniarka wstaje o g. 6-tej. O ile między pasażerami znajdują się chorzy — a jest ich zwykle dużo — pielęgniarka udaje się do szpitala, dogląda ich toalety, śniadania, mierzy temperaturę. Obecnie posługacz, Jugosłowianin, pozostający pod dyrektywą pielęgniarki, pełni ciężkie roboty fizyczne, do niedawna jeszcze przynoszenie potraw, sprzątanie i t. d. należało do pielęgniarki tak, że niezawsze mogła wszystkiemu podołać. Był wprawdzie przeznaczony do sprzątania posługacz, Hiszpan albo Portugalczyk, ale ponieważ nie zależał od doktora Anglika, a zatem też nie od pielęgniarki, więc jego pomoc równała się zeru.

Po śniadaniu, między godz. 9 a 10, zaczyna się praca ambulatoryjna: tu trzeba opatrzyć palec, tam zajodynować bolący ząb, następnie rozdać z 10 porcyj lekarstw przeczyszczających, poczem wybrać z pomiędzy wielu zgłaszających się, naprawdę potrzebujących oględzin lekarskich. Ponieważ emigranci, nie mając co robić, nudzą się na statku, więc zjawienie się w szpitaliku z byle jakim pryszczykiem jest dla nich wcale zabawnym sposobem przepędzenia czasu. Wiadomo zresztą, jak żydzi, liczni na statku, lubią się leczyć, to też choćby stan sanitarny był jak najlepszy, pielęgniarka zawsze ma pełno pacjentów, których pretensje zadowala bez współudziału doktora.

O g. 10-tej przychodzi doktór, wizyta i spełnianie zleceń lekarskich zajmuje czas do lunchu.

Następnie pielęgniarka dogląda lunchu w szpitalu i dodatkowych porcji chorych ambulatoryjnych, którym doktór przepisał coś z kuchni I. klasy. Po lunchu, od godz. 1 do 4 wszyscy odpoczywają. Cała załoga, prócz dyżurnych, i większość pasażerów kładzie się spać. Pielęgniarka w zasadzie też jest wolna, ale często się zdarza, że jeszcze tylu pacjentów zostało niezałatwionych, iż musi całe popołudnie im poświęcić.

O godz. 4 rozdaje podwieczorek i wydaje lekarstwa, następnie dopilnowuje kolację w szpitalu — i na tem koniec dziennej roboty. Ciężko chorych, ta sama pielęgniarka musi doglądać i w nocy, czasem tylko zachodzi do chorego, a czasem musi przesiedzieć przy nim całą noc.

Jeżeli doktór jest względny i ocenia pracę pielęgniarki, to stara się jej pomóc w nawale zajęć. Czasem bywa jednak bardzo ciężko, zwłaszcza jeżeli są chorzy w szpitalu zakaźnym, który jest na drugim końcu statku. (Szpital zakaźny ma 8 łóżek, a wewnętrzno-chirurgiczny do 20). Odra panuje między dziećmi prawie w każdej podróży.

Zato w drodze powrotnej wystarczy zwykle zajrzeć do emigrantów tylko trzy razy dziennie, rano, w czasie obiadu i wieczorem, a doktór

przychodzi tylko na wezwanie. Większą część dnia można spędzać na pokładzie II. klasy, na czytaniu w wygodnym fotelu, albo na korzystaniu ze sportów, a więc nawet z kąpieli morskich i pływania w basenie z płótna żaglowego, urządzonym na pokładzie. Podróż powrotna jest rozkosznym odpoczynkiem, naturalnie, jeżeli niema na statku pasażerów ciężko chorych, repatrjowanych z powodu złego stanu zdrowia.

Ponieważ podróż trwa trzy tygodnie, i ponieważ zasadniczo tylko zdrowych ludzi przyjmuje się na okręt (do Ameryki), więc ciężkie wypadki choroby zdarzają się rzadko. Lekarzom zaś nie chodzi bynajmniej o wyleczenie chorób chronicznych, których kuracja wymaga dłuższego czasu, a tylko o to, żeby nikt na statku nie umarł, żeby zaszczepić ospę w odpowiednim czasie i żeby pasażerowie nie mieli powodu narzekać na brak opieki sanitarnej. To też zwykle doktorzy są uszczęśliwieni, jeżeli pielęgniarka daje sobie radę sama w drobnych opatrunkach i lekkich niedyspozycjach. Spryt i umiejętność postępowania z ludźmi więcej znaczą niż teorje pielęgniarstwa i najlepszą jest ta pielęgniarka, która umie dogodzić jednocześnie pasażerom i lekarzowi.

Praca pielęgniarek polskich na statkach jest równocześnie i niewdzięczna i bardzo wdzięczna. Niewdzięczna — bo pielęgniarka jest źle płatna, (narówni z najniższą służbą okrętową), bo zmieniając często statek i zwierzchników, żyje w nastroju ciągłej tymczasowości, bo nie ma głosu w sprawach sanitarnych, a po każdej podróży może być wydalona bez odszkodowania. Przytem życie w ciągłej podróży, bez własnego kąta jest może cięższe dla charakteru Polaków, którzy nie mają w swej tradycji, jak Anglicy, ciągłych podróży.

Ale jest też wdzięczna dlatego, że jej pole obejmuje materjał ludzki bardzo zbiedzony, niepewny jutra, oszołomiony pierwszem opuszczeniem kraju i rodzin i dlatego garnący się pod opiekę pielęgniarki. Trochę serca i taktu wystarcza, żeby zyskać wiele powagi i autorytetu i być bardzo lubioną. Na statku tylko tłumacz i pielęgniarka mogą się rozmówić z przeważną ilością pasażerów, otwiera się więc szerokie pole pracy nietylko sanitarnej, ale i społecznej. Emigranci odnoszą się do pielęgniarki we wszystkich trudnościach, czyto w razie zagubienia bagażu, czy kłótni, przytem nasuwa się opieka nad dziećmi i młodemi dziewczętami, jednem słowem nie ma kwestji, w którejby głos i wpływ pielęgniarki nie był potrzebny i ceniony.

Nie można dość nalegać na Urząd Emigracyjny i na wszystkie czynniki, od których to zależy, by przy nowej umowie z Kompanjami okrętowemi, stanowczo wymagano obecności polskiej pielęgniarki na każdym okręcie.

Gdyby Czerwony Krzyż zechciał wziąć w swoje ręce wybór i dostarczanie pielęgniarek pierwszorzędnych nietylko w zakresie pielęgniarstwa, ale i co do wyrobienia życiowego i społecznego, miałby tu wdzięczne pole do pracy humanitarnej nad emigrantami. A jest to kwestja paląca, bo obecnie jeżdżą do Ameryki Południowej tylko dwie Polki, a statków, mających koncesję na przewożenie emigrantów, jest dwadzieścia kilka.

Ewelina Jełowicka, pielęgniarka P. C. K.

Z mego pobytu w Anglji

Pierwszy szpital, jaki zwiedziłam w Anglji, to szpital ortopedyczny dla dzieci w Altou, miasteczku na południu Anglji, wśród gór pokrytych lasami.

Szpital znajduje się za miastem i nosi nazwę „Parku“, gdyż otoczony dużym ogrodem z przepięknemi trawnikami, alejami i kwietnikami. Dwa główne t. zw. pawilony na 300 dzieci, składają się z oddzielnych domków drewnianych na 18 łóżek każdy, 8 domków stanowi jeden pawilon. Domki stoją półkolem, pomiędzy niemi ciągną się odkryte werandy, a od strony wewnętrznej półkola biegnie kryty ganek. Pośrodku półkola znajdują się kuchenki, składziki bielizny, pokoje sióstr, a od strony zewnętrznej budynki, mieszczące sale operacyjną, masażu, aptekę i t. d.

Większość dzieci w Altou, to kaleki, z powodu gruźlicy kostnej, lub niedowładu kończyn, jako następstwo paraliżu dziecięcego. Kuracja polega na dobrem odżywianiu, stosowaniu masażu, wyciągów, ortopedycznych aparatów, naświetlaniu, a w czasie lata kąpieli powietrznych i słonecznych. O ile deszcz nie pada, wszystkie łóżeczka wysuwane są na werandy gdzie pozostają nawet na noc. W razie niepogody dzieci zostają na salach, ale zawsze przy otwartych oknach. Ubranie dzieci zarówno leżących, jak chodzących, stanowią maleńkie czerwone majteczki, starsze dziewczynki noszą perkalowe sukienki, a w razie słoty i chłodu wszystkie dzieci nakładają wełniane koszule.

Ponieważ kuracja trwa czasami po kilka lat, przeto wszystkie dzieci się uczą i dlatego na salach dobierane są według wieku i postępu w naukach, a decydują o tem nauczyciele w porozumieniu z lekarzem. Dzieci, które mogą chodzić, mają dużą salę do nauki i do zajęć praktycznych. Wyrabiają tu śliczne koszyki, lepią z gliny wazony, robią torebki, zakładki i t. p. z wytłaczanej i wypalanej skóry. W przerwach bawią się w ogrodzie, a w czasie deszczu, w ogromnej sali gimnastycznej.

Masaż i gimnastyka lecznicza odbywa się w 2-ch pięknych salach doskonale wentylowanych i ogrzewanych. Niektóre ćwiczenia wykonywują dzieci w takt śpiewanych przez siostrę-masażystkę piosenek, co znakomicie ułatwia trudniejsze ruchy, i reguluje ich szybkość. W jednej z sal wisi ogromne lustro, by dzieci-kaleki, uczące się chodzić, mogły widzieć swe błędy i cieszyć się postępami.

Przyjmuje się także dzieci z gruźlicą skóry (lupus), te przebywają w szpitalu najdłużej po 5—7 lat; leczone są lampami Finsena.

Oddział naświetlań posiada 3 lampy Finsena, kilka lamp kwarcowych oraz wielką lampę „sztuczne słońce“, z której może korzystać odrazu 12 dzieci.

Pokój „gipsowy“ służy do nakładania gipsu, oraz do robienia aparatów ortopedycznych. Są one wykonywane z celuloidu w ten sposób, że na model gipsowy nakłada się kolejno 16—20 warstw gazy smarowanej rozpuszczonym celuloidem. Jestto robota długa i żmudna, ale aparat taki, wykończony skórką i rzemykami do zapisania, jest b. lekki, wygodny, trwały i higjeniczny. Dla przewiewu, po wykończeniu, robione są dziurki w celuloidzie.

Przy szpitalu znajduje się szkoła powszechna dla chłopców-kalek od 15—18 lat, chłopcy uczą się tu także różnych rzemiosł, zależnie od rodzaju ich kalectwa.

Szpital posiada ogród owocowy i warzywny, folwark z dużą hodowlą drobiu i nierogacizny, oraz własną elektrownię.

Pralnia mieści się w oddzielnym budynku, sąsiadującym z elektrownią. W jednym jej końcu ogromny sterilizator parowy, służy do dezynfekcji bielizny, pościeli i materaców. Otwiera się on już w następnym pokoju t. zw. sortowni, skąd bielizna przechodzi do kotłów poruszanych elektrycznością, a po wypraniu i wypłukaniu przez wirówkę i prawie już zupełnie sucha idzie do magla elektrycznego, który jednocześnie prasuje gładkie sztuki. Bielizna flanelowa suszy się tylko w parowych suszarniach, bielizna osobista sióstr i pielęgniarek jest prasowana ręcznie żelaskami elektrycznemi. Podarte sztuki są odsyłane do szwalni do naprawy lub do składów do zamiany na nowe. Dwa duże pokoje bielizny, zapasowej pościeli i materjałów na bieliznę, suknie personelu i t. p. Na drugim końcu budynku mieści się szwalnia, gdzie troje dziewcząt szyje i łata. W pralniach przy kotłach z bielizną pracuje jeden człowiek, przy maglu elektrycznym — trzy dziewczyny, a cztery prasują bieliznę personelu. Opieka nad pralnią powierzona jest jednej siostrze, która wydaje mydło, segreguje czystą bieliznę i rozsyła ją w oznaczone dni. Tygodniowo piorą tam do 10 tysięcy sztuk bielizny.

Do pralni przylegają 2 małe składziki na zabawki, ofiarowane przez prywatne osoby lub sklepy na gwiazdkę dla dzieci.

Szpital w Alton posiada nad morzem filję na 50 dzieci. Jestto dom w ogrodzie, na samem wybrzeżu, w miejscowości, odległej około 40 km. od Alton. Przebywają tu dzieci z cięższemi formami gruźlicy kostnej i dzieci dotknięte lupusem. Dzieci kąpią się w morzu, a te które nie mogą chodzić, zanurzane są w morzu na hamakach. Nawet w chłodne dni ubraniem są w majteczki, a dla rozgrzewki dzieci bawią się wokoło ognia, płonącego w żelaznym koszyku.

W szpitalu w Alton trzech lekarzy mieszka na miejscu, a pozatem przyjeżdża w ciągu tygodnia chirurg, dentysta i okulista. Lekarz naczelny zajmuje się i jest odpowiedzialny tylko za dział lekarski, administracja szpitala nic go nie obchodzi.

Przełożona czuwa nad porządkiem w budynkach szpitalnych oraz nad personelem pielęgniarskim i służbą i jest zależna zarówno jak i lekarz naczelny, od komitetu, który przebywa stale w Londynie, a do szpitala przyjeżdża od czasu do czasu. Personel pielęgniarski składa się z 15 sióstr etatowych *), z których 5 zajmuje się administracją.

Do pomocy w pracy szpitalnej siostry mają uczennice-pielęgniarki. W Anglji, przy każdym szpitalu jest szkoła pielęgniarska z kursem 3-letnim. Uczennice otrzymują b. niską pensję: od 15—30 f. ang. rocznie i utrzymanie, oraz umundurowanie. W ten sposób szpital posiada duży personel za b. niską opłatą.

Warunki pracy sióstr i uczennic są doskonałe. Ilość godzin pracy na tydzień wynosi 56 godz., ale ponieważ i w niedzielę i raz w tygodniu przysługuje pół dnia wolnego, przeto dziennie wypada trochę więcej niż 8 godzin. Ponadto siostry raz na miesiąc mają t. zw. „week-end", t. j. „koniec tygodnia": są wolne od soboty rano lub popołudniu do poniedziałku rano.

*) Siostrą w Anglji nazywa się dyplomowana pielęgniarka, „pielęgniarką" — uczennica.

Przeważnie wyjeżdżają wtedy do rodzin, lub nad morze, albo do jakiegoś „domu w lesie“. Wszędzie jest pełno pensjonatów, przyjmujących na koniec tygodnia. Na te dni są także zniżone ceny biletów do miejscowości nadmorskich. W lecie wszystkie siostry dostają wakacje miesięczne.

Pensja sióstr jest mniejwięcej taka, jak u nas w szpitalach wojskowych i Czerw. Krzyża. Bo chociaż dostają 5—8 f. ang. miesięcznie, co wynosi około 200—320 zł., to ubranie, koleje, życie i t. d. jest dwa razy droższe niż u nas, a przytem siostry nie mają zniżek ani na kolejach, ani w tramwajach. Zabezpieczenia na starość nie mają, zaczyna się dopiero myśleć o emeryturze. (Tylko „pielęgniarki królowy“, po 20 latach pracy w instytucjach społecznych, mają zapewniona emeryturę). Przełożone i siostry instruktorki przy szkołach, mają pensję 2 albo 3-krotnie większą od sióstr salowych. Lecz, żeby zostać przełożoną, poza zaletami osobistemi trzeba mieć ukończoną jedną z lepszych szkół pielęgniarstwa, mieć za sobą kilkuletnią pracę na salach, zarówno dzienną, jak nocną, oraz trzeba być przez czas dłuższy siostrą-gospodynią, potem zastępczynią przełożonej, — dopiero wtedy można zgłaszać kandydaturę na wakujące miejsce przełożonej.

Ponieważ, jak już wspomniałam, przy każdym szpitalu istnieje szkoła pielęgniarstwa, przeto przełożona jest również dyrektorką szkoły i nosi tytuł „matron“. Żadna zmiana w szpitalu nie może być dokonana bez jej zgody, ale też i odpowiedzialność jej jest wielka.

Personel pielęgniarski mieszka w obszernym piętrowym budynku. Wzdłuż całego domu biegnie korytarz, z którego szereg numerowanych drzwi prowadzi do pokojów pielęgniarek i sióstr. Pokoiki są malutkie; szafy w ścianach, łóżko, umywalnia, półka i krzesełko — oto całe umeblowanie. Siostry mają większe i lepiej umeblowane pokoje. Łazienek jest mnóstwo, wypada około 3 osób na jedną wannę, a że woda gorąca jest stale, więc nigdy niema trudności z kąpielą.

Na parterze w narożnym pokoju mieści się ładna, duża bawialnia sióstr. Meble klubowe, obite skórą. Bibljoteka, fortpian, gramofon, głośnik radjowy, maszyna do szycia. Biurko z przyborami do pisania, na stole pisma codzienne prywatnie prenumerowane przez siostry i miesięczniki. Na kominku w chłodniejsze dni pali się ogień. Tutaj siostry spędzają wolne chwile, odpoczywają, piszą, czytają, szyją, rozmawiają, grają w karty. Między godz. 4—5 wnoszą podwieczorek: herbata, mleko, tartinki, ciastka, wszystko bez ograniczeń. Miałam tam zawsze wrażenie, że jestem w prywatnym domu na wsi. Podobny salon, ale znacznie większy mają pielęgniarki.

Dzień sióstr zaczyna się o godz. 7 rano, o tej porze służąca budzi je i przynosi filiżankę gorącej herbaty. O godz. 8 śniadanie, o godz. 1 lunch, składający się z mięsa z jarzyną i deseru; wieczorem obiad często bez zupy, ale zawsze z czarną kawą. Przełożona odmawia króciutką modlitwę przed i po posiłkach. Półmiski stawiają na końcu stołu; jedna ze starszych godnością sióstr nakłada na talerze, a służące roznoszą. Obiady są obfite i smaczne, ale trzeba przyznać, że nikt nie grymasi i niema osób, któreby czegoś nie jadały. Stół przykryty jest obrusem, na stole świeże kwiaty. Podobnie wygląda pokój stołowy służby.

Przełożona mieszka w innym domu, ma oddzielny salon, łazienkę, kancelarję i biuro. W tymże budynku mieści się sala wykładowa, oraz

mieszkają w nim nocne siostry i pielęgniarki, które zmieniają się co 3 miesiące. Dyżur ich trwa od godz. 9 wiecz. do 8 rano, mają jednakże wolne dni. Od 12 w południe obowiązane są być w łóżku, o 7 wiecz. są budzone, a posiłki otrzymują te same, co w dzień i o tych samych godzinach, ale w nocy, więc wieczorem śniadanie, o północy obiad, a rano kolację.

Cała służba żeńska mieszka w jednym domu i posiada oddzielne pokoje, łazienki, salony z pianinem, bibljotekę i radjo, i pomieszczenie na rowery tak jak i siostry.

W razie deszczu lub chłodu do przechodzenia na pawilony lub na obiad siostry i pielęgniarki nakładają granatowe peleryny z kapturami na czerwonej podszewce. Służące noszą podobne płaszcze, również z kapturami.

W parku jest 6 placów tennisowych 2 dla lekarzy, 2 dla sióstr i 2 dla pielęgniarek. Do parku przytyka stary las bukowy z pięknym podszyciem leszczyny i jeżyń, furtka w murze łączy go ze szpitalem. Często w pogodne dni siostry zabierają ze sobą podwieczorek i całe wolne popołudnie spędzają w lesie.

Pomimo deszczu, jaki mi stale towarzyszył w ciągu mego 2-tygodniowego pobytu w Altou, wyniosłam stamtąd wspomnienie miejscowości uroczej i pogodnej, gdzie wszystkim jest dobrze. Wkrótce przekonałam się, że nie wszędzie, nawet i w Anglji siostry mają równie dobre warunki pracy. Niemniej cieszę się, że pierwsze moje wrażenia w Anglji były tak przyjemne.

Jadwiga Suffczyńska

Kursy dokształcające dla absolwentek Szkół Pielęgniarstwa w Czechach

Dzięki uprzejmości p. Julji Molnarowej, kierowniczki Wydziału Pielęgn. przy Czeskim Czerw. Krz. w Pradze, otrzymaliśmy program kursów dokształcających. Sprawa kursów dokształcających jest specjalnie aktualna, jako poruszona ostatnio na Walnym Zjeździe P. S. P. Z. (Patrz poprzedni numer „Piel. Pol." Przyp. Red.)

Czeskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, zdając sobie sprawę z konieczności dokształcania absolwentek Szkół Pielęgniarstwa, postanowiło zorganizować kursy dla pielęgniarek społecznych.

Kurs ten będzie trwał 4 mies. i zostanie otwarty 15. paźdz. 1930 r. i dostępny będzie tylko dla absolwentek szkól, które pracują przynajmniej 23 miesiące na polu opieki społecznej i higjeny. Kurs będzie zorganizowany przy Szkole Pracowników społecznych w Pradze. Części wykładów uczestniczki kursu będą słuchały wspólnie ze słuchaczami Szkoły Pracowników Społecznych, a części wykładów — same.

Oto program kursu:

W y k ł a d y w s p ó l n e:

Administracja	90 godz.
Przepisy prawne, zabezpieczające opiekę matce i dziecku	54 „
Opieka społeczna	36 „
Psychologja	40 „

Wykłady osobne:

Pielęgniarstwo społeczne	36	godz.
Administr. przychodni i ośrodków	10	„
Stacje sanitarne	6	„
Medycyna społeczna	56	„
Wychowanie fizyczne	20	„
Zasady socjologji	56	„
Pedagogika	28	„
Wycieczki do instyt. społ.	72	„
Lektura	36	„
Razem . .	540	godz.

Po wykładach nastąpi egzamin i słuchaczki otrzymają dyplomy.

Kandydatki winny składać podania do dnia 1 stycznia 1930 r. do Dyrekcji Szkoły Pracowników Społecznych, która decyduje o przyjęciu kandydatki. Liczba miejsc 20 — o ile wpłynęłoby znacznie więcej podań, zostanie zorganizowany drugi kurs.

Opłata za kurs (wykłady) 250 kor. czeskich (około 70 zł. pol.).

Słuchaczki winny zapewnić sobie mieszkanie i utrzymanie na koszt własny. Odpowiednie czynniki robią usilne starania, aby słuchaczki mogły otrzymać czteromiesięczny płatny urlop na czas trwania kursu.

Notatki zawodowe

Szczepienie ospy

Przygotować należy: 1) przybory do dezynfekcji skóry, 2) lancet, 3) lampkę spirytusową, 4) szczepionkę.

Postępowanie: Szczepienie uskutecznia się na ramieniu dość wysoko lub na udzie, zawsze po stronie zewnętrznej. Oczyszcza się skórę, naciąga ją i nacina 2 razy szybko nożykiem równolegle lub na krzyż. Drugim lancecikiem rozciera się szczepionkę w miejscu nacięcia, albo nacina się lancecikiem, poprzednio umaczanym w szczepionce. Lancecik po każdorazowym użyciu wypala się nad lampką spirytusową. Ręki nie należy osłaniać póki nie wyschnie i nie trzeba jej bandażować, lecz do rękawa wszyć kawałek płótna, żeby nie zanieczyścić miejsca szczepienia. W razie bardzo silnej reakcji robi się kompres z alkoholu 60% lub okład z roztworu octanu glinowego 4%, ewentualnie zwrócić się do lekarza.

Dodatnia reakcja — gdy po 3-ch dniach zaczyna występować zaczerwienienie i obrzęknięcie. (Cały proces trwa 2—3 tygodni, największe nasilenie przypada na dzień dziesiąty).

Ujemna reakcja — gdy objawy powyższe nie występują.

Szczepienie uskutecznia się 3 razy w ciągu życia: w 1-szym, 7-ym i 14-tym roku.

Próba Dick'ów

Próba ta stosowana jest dla stwierdzenia skłonności do płonicy.

Przybory: 1) 2 strzykawki 1 cm., 2) 4 cienkie igły, 3) eter, alkohol i wata, 4) czarka na odpadki, 5) ampułka z toksyną, 6) ampułka z kontrolą (należy ją ogrzać w ciepłej wodzie).

Postępowanie: Wydenzyfekować oba przedramiona po stronie wewnętrznej. Po zastrzyku doskórnym, który wykonuje lekarz, odczytuje się reakcję po 12—30—35 godzinach.

Próba dodatnia — gdy wystąpi zaczerwienienie w miejscu wprowadzenia płynu kontrolnego.

Próba Schick'a

Stosowana jest dla stwierdzenia podatności na błonicę.

Przybory: taksamo jak przy próbie Dick'ów z odpowiednią toksyną.

Postępowanie: jak poprzednio.

Próba dodatnia — gdy koło pęcherzyka nastąpi zaczerwienienie.

Próba Mantoux

Dla stwierdzenia zakażenia gruźliczego, jest czulsza od próby Pirquet'a, stosuje się tam, gdzie próba Pirquet'a zawodzi.

Przybory: jak wyżej, z dodatkiem 3 szkiełek zegarkowych, wody destylowanej, grubej igły do nabierania (wszystko steril), tuberkuliny.

Postępowanie: dezynfekcja jak wyżej i wprowadzenie znacznie rozcieńczonej tuberkuliny doskórnie.

Próba dodatnia: zaczerwienienie i naciek w miejscu zastrzyku na drugi dzień.

Próba ta jest dla chorego dosyć bolesna.

Próba Pirquet'a

Stosuje się dla stwierdzenia zakażenia gruźliczego.

Przybory: 1) Roztwór tuberkuliny Kocha, 2) gliceryna wyjałowiona, 3) 2 pipetki, 4) świderek Pirquet'a, 5) wata i alkohol, 6) czarka, 7) lampka spirytusowa.

Postępowanie: Po oczyszczeniu skóry przedramienia na stronie zewnętrznej w odległości 10 cm. stawia się jedną pipetką 2 krople tuberkuliny, w środku drugą pipetką 1 kropelkę gliceryny. Świderkiem Pirquet'a robi się parę obrotów dość silnych, najpierw w miejscu gliceryny, potem w miejscach tuberkuliny aż do zdrapania naskórka. Należy czekać aż zaschnie (koło 10 minut) — świderek oczyścić alkoholem i eterem. — Świderek może być zastąpiony ostro zakończonym, wyjałowionym nożykiem.

Próba dodatnia — po 24 godzinach zaczerwienienie skóry wokół miejsc zapuszczenia tuberkuliny, ewent. powiększenie i bolesność gruczołów pachowych.

Próba ujemna — po 24 godz. objawy nie występują.

Próba niepewna — gdy zaczerwienienie przy tuberkulinie i glicerynie jest jednakowe; wtedy należy próbę powtórzyć.

Uwaga: Nie wszyscy używają gliceryny w nacięciu środkowem, które służy tylko jako próba kontrastowa.

Przegląd pism

Pisma polskie

OPIEKA NAD DZIECKIEM. — Czasopismo poświęcone ochronie macierzyństwa, opiece nad dziećmi i młodzieżą, lipiec—sierpień 1929.

Polski Instytut Puerykultury, Prof. Dr. Michałowicz. — Polski Instytut Puerykultury („puer" — dziecko, „cultura" — hodowla) ma powstać w Warszawie przy ul. Marszałkowskiej 22. Instytut „zapełni lukę istniejącą od chwili urodzenia dziecka, aż do chwili, gdy dziecko trafi w orbitę wpływów Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego". Nauczanie będzie praktyczne i teoretyczne, przytem podziemia i przyziemia Instytutu służyć będą dla praktyki, która odbywać się ma i w innych instytucjach, pierwsze i drugie piętro — dla wykładów i seminarjów. Reszta budynków, to pokoje mieszkalne dla wychowanków Instytutu, jadalnia i t. d. Instytut, poza spełnianiem zadań naukowych, będzie kształcił personel zakładów dziecięcych, a więc lekarzy fachowców, pielęgniarki specjalistki oraz służbe niższa.

O LECZENIU PRZEWLEKLE CHORYCH DZIECI A KOLONJA LECZNICZA DZIECIĘCA IM. REKTORA JÓZEFA BRUDZIŃSKIEGO PRZY ZDROJU W BUSKU (referat zgłoszony na zjazd lekarzy i przyrodników w Wilnie), Dr. L. T. Stankiewicz. — Wielką naszą bolączką jest niedostateczna ilość szpitali i sanatorjów dziecięcych. Dzieci powyżej lat 14 są prawie pozbawione opieki lekarskiej; we wszystkich niemal szpitalach i sanatorjach dzieci nie mogą przebywać dłużej, niż parę miesięcy; pomoc lekarska i opieka pielęgniarsko-wychowawcza nie stoi tam na wysokości zadania głównie wskutek złych warunków pracy; kontakt zakładów z rodzicami nie jest należycie nawiązany i t. d. i t. d. Niema też racjonalnej opieki ortopedycznej, tu jednak dzięki inicjatywie p. B. Krakowskiego, naczelnika ministerjalnego Wydz. Op. Sp. nad dzieckiem, Min. Pr. i Op. Społ. przyznało subwencję na zapoczątkowanie tej opieki. — Za leczenie dzieci płacą przeważnie Kasy Chorych (z ograniczonym terminem) i komunalne wydziały Op. Społ., za dzieci urzędników państwowych płaci w $^3/_4$ Rząd też z ograniczonym terminem. Uzdrowisko w Górce istnieje od 10 lat. Obecnie posiada stały pawilon główny na 200 miejsc, dalej sezonowe kolonje wypoczynkowe nad morzem, w lesie i nad Wisłą razem na 100—150 miejsc dla 300 dzieci i sezonowe lecznicze kolonje na 300 miejsc dla 600 dzieci, z kolonji wybiera się materjał do leczenia w stałem uzdrowisku. W skład Stowarzyszenia Kolonji wchodzi Rząd (Min. Spr. Wewn. i Min. Pr. i Op. Społ.), 15 Kas Chorych, 15 miast, 19 sejmików i 12 instytucyj społecznych. Kolonja leczy przeważnie gruźlicę chirurgiczną, posiada jednak również salę dla kiły dziedzicznej, przyjmuje dzieci z krzywicą, reumatyzmem i innemi schorzeniami przewlekłemi. Wiek dzieci — od lat 4—14, bywają i starsze. Sprawa personelu pielęgniarskiego jest trudna, nawet szkoły pielęgniarstwa nie zapewniają wykształcenia wychowawczo-sanatoryjnego. (Wynagrodzenie pielęgniarek — X. kategorja etatów państwowych, t. j. po potrąceniu życia i świadczeń socjalnych 120 złotych). Jest 22 pielęgniarek z przełożoną, prowadzącą zarazem kuchnię systemem proresora Pirquet'a. Na 1 pielęgniarkę wypada 8 dzieci. Pod względem djagnostyczno-leczniczym Kolonja rozwija się coraz lepiej. Autor kończy apelem do Zjazdu o poparcie postulatów, streszczających się w 4 punktach: 1) Apel do Rządu i społeczeństwa o pomoc w zamierzonych inwestycjach, 2) o zrozumienie konieczności długiego trzymania dzieci w uzdrowiskach, aż do wyleczenia, 3) aby w zamierzeniach budowy uzdrowisk i zakładania kolonij brano pod uwagę dzieci i młodzież powyżej lat 14, 4) aby w nauce studentów medycyny i pielęgniarek zawodowych uwzględniono potrzeby uzdrowisk, przez wprowadzenie do programu studjów praktyki w uzdrowiskach i kolonjach.

KRONIKA KRAJOWA, zawiera opis instytucji społeczno-higjenicznych w Katowicach, oraz sprawozdania z działalności kilku towarzystw opieki nad dzieckiem.

KRONIKA ZAGRANICZNA zawiera między innemi parę odbitek rysunków dzieci, ilustrujących prawa dziecka, głoszone w Deklaracji Genewskiej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA polskiego i zagranicznego oraz **OCENY** książek zamykają numer.

ORĘDOWNIK ZDROWIA, lipiec—sierpień 1929.

HIGJENA I UPORZĄDKOWANIE WSI, Inż. Z. Rudolf. Ludność wiejska wynosi 65% mieszkańców Polski. Mimo lepszych niż w mieście naturalnych warunków zdrowotnych, stan sanitarny wsi jest niski, niższy, niż w miastach. To odbija się na zdrowiu nietylko mieszkańców wsi, ale i miast (wskutek przewozu ze wsi do miast towarów spożywczych, mleka i t. d.). Autor opisuje dokładnie, jak powinna wyglądać celowo rozplanowana wieś, jak należy budować zagrodę, folwark, dom mieszkalny, dwór i dworek, domy dla robotników rolnych, dalej jak należy przeprowadzać zaopatrywanie wsi w wodę i usuwanie nieczystości. Sprawy powyższe ujęte są w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej, a na podstawie tych rozporządzeń będą wydane szczegółowe przepisy.

MÓR (c. d.), doc. dr. L. Karwacki. — Zarys historyczny obrony ludzkości przeciw dżumie. Prątek dżumy i jego właściwości. Ogniska zarazy i sposób jej przenoszenia i zaraźliwość (d. c. n.).

Każdy może być własnym lekarzem, „Czy gruźlica jest uleczalna" — wyjątki z czasopism niemieckich.

Dur brzuszny w Polsce. Dur brzuszny panuje w Polsce endemicznie, a nasilenie jego nie obniża się prawie od szeregu lat, mimo akcji władz sanitarnych. Przyczyną tego jest niedostateczny tsan sanitarny wsi i miast, czego dowodem jest fakt, że w województwach zachodnich, o wyższym stanie sanitarnym zapadalność na dur jest znacznie mniejsza, niż w centralnych, gdzie urządzenia sanitarne i kultura stoją niżej. Sekcja dla spraw walki z chorobami zakaźnemi Departamentu Służby Zdrowia Min. Spr. Wewn. uchwaliła niedawno, by 1) dążyć do poprawy regestracji duru, 2) przeprowadzać możliwie w każdym przypadku badania bekterjologiczne celem wykrycia nosicieli i utrzymywanie ich w ewidencji i obserwacji, 3) popularyzować szczepienia zapobiegawcze, 4) wybrać powiat, w którym szczepienia zapobiegawcze były robione na szeroką skalę, przeprowadzać asanację tego powiatu, by, jako powiat wzorowy, służył dla celów propagandowych; wybrano powiat Skierniewicki; 5) wszelkie wodociągi muszą być jak najczęściej badane, woda ewentualnie ma być chlorowana; 6) należy zwiększyć kontrolę nad sposobem sprzedaży wszelkich środków spożywczych i dążyć do centralizacji i odpowiedniego urzadzenia dostawy mleka, ewentualnie jego pasteuryzacji.

WYPADKI PRZY PRACY W PRZEMYŚLE, A ALKOHOL, ŹRÓDŁA LECZNICZE W JAPONJI, wyjątki z czasopism niemieckich.

ODKAŻANIE. Dokładny opis sposobów odkażenia sublimatem, karbolem, formaliną, mlekiem wapiennem i parą wodną.

O CMENTARZACH. Żeby cmentarz odpowiadał warunkom sanitarnym, musi znajdować się w pewnej odległości od domów mieszkalnych, od źródeł wody, używanej do picia, a co najważniejsza, powinien być założony na suchej, piaszczystej i przepuszczalnej glebie. H. C.

Pisma zagraniczne

„I. C. N." nr. 3, lipiec.

Organ Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej (International Council of Nurses), kwartalnik.

1899 — lipiec 1929. — Wstępny artykuł od redakcji poświęcony 30-letniej rocznicy założenia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

Co zawdzięczamy związkowi kobiet, L. Dock. — Autorka przypomina, że pielęgniarki różnych krajów spotkały się na Kongresie Międzynarodowej Rady Kobiet w Londynie i wówczas powzięły myśl założenia osobnego Stowarzyszenia. Było to możliwe wobec praw i niezależności kobiet, jakie wywalczyły sobie, dzięki wspólnym wysiłkom. Obecnie walka o równouprawnienie kobiet nie ustała, gdyż jeszcze kobiety nie zdobyły wszystkich praw.

Trudności i korzyści międzynarodowej współpracy, Hugo Haan — Współpraca międzynarodowa jest czemś zupełnie nowem, jest wynikiem powojennym, zrealizowanym przedewszystkiem przez Ligę Narodów. Obecnie istnieje bardzo wiele stowarzyszeń międzynarodowych, które dążą do wzajemnego porozumienia się. Trudności są liczne: 1) odległość krajów; 2) różnice językowe; 3) egoizm narodowy, który musi ustępować dobru całej ludzkości. Autor wierzy, że nie jest to utopją, że siła, która łączy, jest większą, niż ta, która rozdziela, a wszyscy jesteśmy przecież członkami ludzkości.

Wspomnienie, M. Suively. — Z powodu 21-lecia założenia Związku Pielęgniarek Kanadyjskich, Autorka przypomina ważniejsze momenty działalności Związku.

Historja Międz. Stow. Pielęgn., M. Breay i B. Feuwich. — Szczegółowa historja Stowarzyszenia i wszystkich kongresów. Są to bardzo ciekawe dokumenty, mogące być przydatne przy wykładach historji pielęgniarstwa.

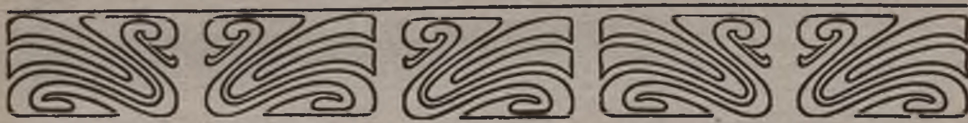
J. S.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków św. Krzyża 11.
Drukarnia „Głosu Narodu" pod zarządem R. Ferka.

Książki

Książki i broszury propagandowe z zakresu walki z gruźlicą znajdujące się na składzie w biurze Polsk. Związku Przeciwgruźliczego Warszawa, Chocimska 24.

1. **Gruźlica i jej zwalczanie** (wykłady wygłoszone na I. Kursie Uzupełniającym dla Lekarzy, wydane przez P. Z. P. pod redakcją prof. Ciechanowskiego) zł. 22.—
2. **Poradnia Przeciwgruźlicza** (zadanie, znaczenie społeczne, rola pielęgniarki wywiadowczyni, stosunek poradni do innych organizacyj przeciwgruźliczych, znaczenie propagandowe, rejestracja chorych) opracowali dr. Paradistal i dr. Popowski, wydane przez P. Z. P. . . . . „ 4.50
3. Komplet pocztówek (8 sztuk) . . . . „ —.60
4. Tabliczki **„Nie pluć na podłogę“** . . . . „ —.35
5. **Metoda notowania graficznego wyników badania fizykalnego płuc** . . „ —.35
6. **Zdrowie w chacie wiejskiej**, dr. Kacprzak . . . . „ 1.—
7. **O sztucznej odmie** . . . . „ 2.50
8. **Tezy Walki z Gruźlicą** — dr. Seweryn Sterling z Łodzi . . . . . „ 2.—
9. **O gruźlicy czyli suchotach** — dr. Szczepan Mikołajski, (wydane przez Lwowskie Tow. Walki z Gruźlicą i Polskie Tow. Higjeniczne we Lwowie) . . „ —.25
10. **Rady jak się ustrzec suchot płucnych** (wydane przez Warszawskie Tow. Przeciwgruźlicze) . . . . „ —.10
11. **Wyniki szczepień przeciwgruźliczych metodą prof. Calmette'a we Francji** „ —.60
12. **Społeczna Walka z Gruźlicą** — dr. Janiszewski . . . . „ 3.—
13. **Leczenie gruźlicy płuc** (przełożyła z franc. dr. Kragenówna (wydane przez Okręg. Związek Kas Chorych w Krakowie) . . . . „ 1.20
14. **O gruźlicy czyli t. zw. suchotach** — dr. Sawicki . . . . „ —.50
15. **Suchoty** — dr. Gruda . . . . „ —.30



Czas odnowić Prenumeratę Pielęg. Polskiej na nowe półrocze.

Czytajcie i rozpowszechniajcie Miesięcznik Zawodowych Pielęgniarek.



Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej na maszynie pisanych. — Rękopisów nie zwraca się.

Z Polskiego Czerwonego Krzyża

We wrześniu 1929 r. zostały przeniesione siostry PCK.:

p. Bogdanowicz Wiktorja ze Szp. Okr. I. Warszawa do Sanat. Wojsk., Zakopane,
p. Rymaszewska Barabara ze Szp. Okr. V. Kraków do Tow. Pol. Bryt. jako pielęgniarka na okręcie.
p. Kisielewska Zofja (Absol. Szk. Warsz.) ze szpit. Wojsk. Wilno do sz. PCK Warszawa, Smolna 6.

p. Rzeźnicka Regina do Poznania p. Strzemieczna Zofja do Poznania. p. Karczewska Irena do Wilna. p. Mickiewicz Anna do Wilna. p. Zujewicz Marja do Wilna.	Abs. 9 mies. Kursu Dokszt. przy Domu Macierzystym otrzymały przydziały do Szpitali Wojskowych

p. Wawrzykowska Leokadja (Absol. Szk. Warsz.) Szpital PCK. w Warszawie.
p. Czwojdzińska Józefa (Absol. Szk. Poznańskiej) Szp. Wojsk., Poznań.
p. Jędrzejewska Marja (Absol. Szk. Poznańsk.) — jako instruktorka klasowa w szkole Pielęg. PCK. Warszawa.
p. Miśkiewicz Felicja z rez. SS. PCK. do Szp. Wojsk. w Brześciu n/B..
p. Rotterówna Marja — Absol. Szk. Warsz. i kursu w Belford College w Londynie jako instruktorka klasowa w szkole Piel. PCK. w Warszawie

W październiku 1929 r. zostały przeniesione siostry:

p. Kuszmanówna Emma z Brześcia do Szp. Ujazd. w Warszawie.
p. Krawczyńska Janina z Chełma do Szp. Ujazd. w Warszawie
p. Krassowska Marja z Grodna do Szp. Wojsk. w Brześciu n/B
p. Glińska Antonina z Wilna do Szp. Wojsk. w Grodnie
p. Jelinek Irena z Przemyśla do Szp. Wojsk. w Krakowie.
p. Sianożęcka Walentyna z Torunia do Szp. Wojsk. w Krakowie
p. Kanicka Marja z Izb. Garn. Ostrołęka do Szp. Wojsk. w Poznaniu
p. Leszczyńska Joanna z Poznania do Szp. Wojsk. w Toruniu
p. Świerkowska Władysława z Grodna do Szp. Wojsk. w Toruniu.
p. Medycka Leontyna z Grodna do Szp. Wojsk. w Przemyślu.
p. Abgarowicz Marja z Dęblina do Szp. Wojsk. w Równem.
p. Pietrzakówna Stefanja z Przemyśla do Szp. Wojsk. w Izb. Garn. Suwałki.
p. Leńczewska Marja z Dęblina do Szp. Wojsk. w Modlinie
p. Tyłłówna Janina z Przemyśla do Szp. Wojsk. w Warszawie (Szp. Mokotowski)
p. Różańska Kamilla z Krakowa do Szp. Wojsk. w Brześciu
p. Wysocka Jadwiga z Grodna do Szp. Wojsk. w Wilnie
p. Hrynkiewicz Zofja (Absol. Szk. Warsz.) ze Szpitala PCK. Warszawa do Szp. Ujazd. (na roentgen.)
p. Wilkomirska Zofja (Absol. Szk. Warsz.) ze Szk. Piel. w Katowicach do Szpitala PCK. w Warszawie.

Otrzymały posady w Szpitalach Wojskowych po ukończeniu 9 mies. kursów dokształcających przy Domu Macierzystym Sióstr PCK. w Warszawie:

p. Jarmułowicz Anastazja w Grodnie
p. Gołębiowska Regina we Lwowie
p. Mierzejewska Jadwiga w Poznaniu.
p. Waszkiewicz Marja w Toruniu.
p. Barankiewicz Natalja w Toruniu.

Następujące siostry rezerwy przeszły do służby czynnej i otrzymały posady w Szpitalach Wojskowych:

p. Sidorowa Stanisława w Chełmie
p. Różycka Marja w Grodnie
p. Bajerówna Joanna w Poznaniu.
p. Gołębiowska Marja w Ostrołęce Izba Garnizonowa.
p. Jurowa Irena w Brześciu nad Bugiem
p. Jakubowicz Eugenja (Abs. Szk. Pozn.) w Poznaniu.